

厦门市分级诊疗改革的制度变迁及供求分析

张兴祥¹ 庄雅娟¹ 陈 梁²

(1.厦门大学 经济学院, 福建 厦门 361005;
2.厦门市卫计委, 福建 厦门 361003)

摘 要: 2008年厦门市启动医改, 分级诊疗改革先后经历了三个不同的版本:1.0版本主要着眼于医疗集团化;2.0版本主要着眼于慢性病防治医院-社区一体化管理,先后形成了“1+1+x”模式和“1+1+1”即“三师共管”模式;3.0版本重点在于将分级诊疗进一步普及化,也就是覆盖健康人群,逐步探索建立“家庭医生”制度。本文从制度变迁视角考察了这三个版本演变的路径,并结合制度供给与需求两个维度进行分析,最后从四个方面归纳厦门分级诊疗模式成功的原因。通过梳理厦门市医改实践过程,有助于我们加深对分级诊疗改革所面临的难题以及解决思路的理解。

关键词: 厦门市; 分组诊疗; 制度变迁; 供求分析

中图分类号: R197

文献标志码: A

文章编号: 1673-5684(2017)01-0015-08

诺贝尔经济学奖得主舒尔茨 (Theodore W. Schultz) 认为:“特定的制度至关重要,它们动不动就变化,而且事实上也正在变化着,人们为了提高经济效率和社会福利正试图对不同的制度做出社会选择。”^[1] 厦门市分级诊疗改革的制度变迁正是在不断的变化和选择中日趋完善。在整个演变过程中,厦门市始终从医改实践中摸索经验,并根据地方实际情况不断调整、改进相应的制度安排。从2008年开始,厦门市分级诊疗改革先后经历三个不同的版本,考察这些版本演变的路径,有助于我们加深对分级诊疗改革所面临的难题以及解决思路的理解。

一、厦门医改1.0版本(2008—2011)

(一) 改革动因

2008年至2011年,在全国深化医改的总方针指导下,为了引导患者到基层就诊,缓解大医院“战时状态”,厦门市创造性地开始了医改尝试。这一阶段的医改,主要以“医疗集团化”模式为核心,相应的制度安排也就成了厦门医改的1.0版。由于地理及历史原因,厦门市的医疗管理体制存在一些特殊性,这就是岛内岛外实行两套完全不同的社区卫生服务中心管理制度,岛内实行“院办院管”,岛外实行“区办区管”。因此,这一阶段的改革主要是着力破解大医疗

收稿日期:2016-12-10

基金项目:2016年度厦门市社科重点课题“厦门市分级诊疗实施现状及模式特色的调查与研究”(项目编号:厦社科研[2016]B09号)。

作者简介:张兴祥(1969),男,福建泉州人,厦门大学经济学院副教授,博士,研究方向:人力资本(健康)投资、管理经济;

庄雅娟(1994),女,福建德化人,厦门大学经济学院硕士研究生,研究方向:管理经济学;

陈 梁(1975),男,安徽宿县人,厦门市卫计委医政医管处副处长,主管医师,研究方向:医疗行政管理。

与基层医疗卫生机构的“两张皮”问题。

(二)医疗集团化

所谓“医疗集团化”,是指由资源、技术、管理等方面都较优越的三级医院对辖区内的二级医院和基层医疗卫生机构进行统一管理(包括人、财、物和信息方面),形成一个具有相同标准的医疗集团体系。2008年厦门市将岛内(包括思明区和湖里区)15家社区卫生服务中心的医疗部分^①建制地移交给厦门大学附属第一医院、厦门大学附属中山医院和厦门中医院这3家三级医院,这种新隶属关系表明基层医疗卫生机构的人事、财务和运行机制都由大医院调控,形成所谓的“院办院管”。而岛外4个行政区的23所社区卫生服务中心(卫生院)则隶属于当地区政府,即“区办区管”。这样的制度模式设计目的是通过纵向整合资源,达到上下一体、上下联动的效果。这一制度安排的初衷在于,公立医院与基层医疗卫生机构形成共同体后,大医院优质资源能够向下流动,实现优质医疗资源均等化,同时可以为基层提供业务指导,帮助基层医疗卫生机构提升能力,使患者在基层就诊时能够感受到大医院的医疗水平和信誉度,从而促进普通患者向基层分流。而患者的双向转诊等能在一个体系内进行,进一步方便了患者就医。

(三)制度实施存在的问题

厦门医改1.0版本在实施过程中碰到的一些阻碍:

首先,2011年国家出台政策要求社区卫生服务中心实行“收支两条线”。社区卫生服务的所有收入上交政府,不得截留,然后由政府财政部门再根据其履行职能的需要按标准全额拨款以承担其支出。社区卫生服务中心实行相对独立的二级法人制度,人事权、财政权又回到政府手中,大医院只负责社区服务中心的日常运营和中心主任(院长)任命。实行这种制度旨在对基层医疗卫生机构的财务收支进行全过程的监督、追踪问责,从而杜绝医生通过过多开药而得到不合法提成等现象,降低医疗服务成本,提高工作效率和管理水平。但由于有限理性的存在,即使从患者需求出发,在实际运行中这一制度还是出现

了一定程度的扭曲。兼因绩效考核机制不健全,基层存在“吃大锅饭”现象,医护人员失去了有效的激励,缺少想看病、多看病、多为患者服务的动力。另外,基层医务人员能力有限,即使患者选择到基层就医,他们能否“接得住”也是个问题。

其次,出于减轻患者就医负担的目的,2009年国家出台另一政策——基本药物制度。该项政策要求所有政府办基层医疗卫生机构,只能使用基本药物目录内的品种。但糖尿病、高血压所需常见药大部分不在基药目录之内,这对社区用药产生极大限制,从大医院分流下来的患者难以在基层拿到相应的药物,于是患者到基层就诊就医的意愿就大打折扣。而一旦患者不配合,不愿到基层就诊就医,那么上述制度安排就完全失效了。

再次,由于大医院的收益与其门诊量挂钩,在不改变既有补偿机制的情况下,大医疗有尽可能多吸引患者和提供服务的内在动力,特别是专科医生担心患者流失,主观上不愿意他们转诊到基层就医,这就导致大医院“放不下”患者。在利益驱动下,大医院还通过对自身就医流程等方面的改善,提高了就医便利性,如开展以患者为中心的服务,就医流程改善、就医时间缩短,并开展延时门诊、便民门诊,这一系列措施促使大部分患者最终又回到大医院,大医院“人满为患”的问题仍旧没有得到根本性解决。

以上三方面因素的叠加,就形成了“医院放不下、基层接不住、患者不乐意”的局面。

二、厦门医改2.0版本(2012—2015)

(一)改革动因

为了弥补医改1.0版的不足,解决“医院放不下、基层接不住、患者不乐意”三个现实问题,厦门市进行相应的制度创新、机制创新和模式创新。2012年,厦门市召开了卫生系统公立医院改革推进会,市卫生局局长提出推进慢性病防治医院-社区一体化管理的构想,即五个“一体化”:预防治疗康复一体化、社区与医院一体化、专科医生与全科医生一体化、医生管理与患者自我管理一体化、中西医结合一体化。其目标一是方便慢性病患者获得连续性医疗服务,

①社区卫生服务中心具有医疗、预防、保健、康复、健康教育、计划生育技术指导等综合服务功能。此次移交仅限医疗部分,其他功能仍由区政府承办。

二是切实减轻慢性病患者的就医负担。这一新方案的提出标志着厦门医改2.0版的启动。确切地说,2.0版经历了2012至2015年4年的磨合和改进,厦门市在实践中不断改进,最终形成了相对成熟的“三师共管”医疗服务模式,创新了慢性病规范化管理工作模式,引导患者科学有序就医。

(二)从“1+1+x”模式到“三师共管”模式

1. “1+1+x”模式的产生

2012年,厦门市在公立医院成立社区部,专门推进社区和医院的一体化管理。当年5月,岛内15个社区卫生服务中心率先试点糖尿病、高血压患者全程关照计划,实现对慢病患者诊断、治疗、康复、转诊的全程管理。但由于“收支两条线”和“基药政策”等体制性问题仍未理顺,社区部的工作多为帮扶性质,主要通过中医“师带徒”和西医“传帮带”方式扶持基层。在这种帮扶形式下,患者对基层医生的不信任态度实际上仍没有太大改观,最终还是涌向大医院就医。

鉴于上述问题,2013年厦门市卫生局尝试第二个方案。根据基层就诊需求,让大医院相应科室与基层全科医生结对子,形成“一带一”的帮扶模式,共同为患者提供诊治。随后便在此基础上创造性地提出了“1+1+x”的管理模式,这个正是“三师共管”的雏形。前两个“1”分别指大医院的专科医生和基层的全科医生,“x”则指辅助类的人员,比如公共卫生医师、营养师、药师、护师等,数量不定。这种围绕重点学科的科室帮扶起到了一定作用,但由于两个“1”是变动的,患者每次就诊将面对不同的医生,无法得到个性化的精准治疗,于是患者仍倾向于直接找大医院的专科医生看病。从实践看,这种模式起初运行的效果并不理想。

2. “三师共管”模式的形成

以2014年到2015年,针对“1+1+x”模式暴露出的问题,厦门市卫生计生委(以下简称“卫计委”),^①进一步推进工作,将其发展成患者与医务人员“一对一”的“三师共管”模式,并先后确定以患病率较高的糖尿病、高血压作为慢病切入点推进医改工作。“三师共管”模式使全科医生、专科医生、健康管理师与

患者形成了良性互动的紧密医患关系。专科医生制定诊疗方案,全科医生则根据诊疗方案控制患者病情并及时反馈,需要时申请转诊。同时,原“1+1+x”中的“x”被确定为健康管理师,“1+1+x”变成了“1+1+1”。健康管理师作为医生和患者的桥梁纽带,负责患者日常随访和健康教育。“1+1+1”模式标志着以慢病为主的“三师共管”正式形成,也是向全民(包括健康人群)“三师共管”模式过渡的有效尝试。由三个“1”组成的团队,对签约入网的糖尿病、高血压病患者提供个性化、全过程、连续性诊疗、非药物干预等综合性管理,实现了对慢性病患者的精细化管理。为了进一步推进精细化管理,“糖尿病病友全程关照网”“高血压病友全程关照网”(以下简称“糖友网”“高友网”)也应运而生。信息化管理技术的使用实现了卫生信息资源的共享,使一体化管理更加便利和完善,糖尿病和高血压患者诊治、康复、并发症筛查、预约和转诊都可以通过信息化互通平台来实现。

(三)政策举措与改革导向

2015年1月,厦门市政府印发《厦门市进一步推进慢性病分级诊疗试点改革实施方案》(以下简称《实施方案》),提出要发挥财政、医保、物价、医药等综合政策杠杆引导作用,遵循“急慢分治”的原则,推动建立具有厦门特色的分级诊疗体系。

这一阶段的改革,主要从医改2.0版本存在的问题入手。

一是调整了财政补助方式与结构。《实施方案》明确财政投入重点向基层医疗卫生机构倾斜,确保基层医疗卫生机构正常运行和发展的需要。改革基层医疗卫生机构收入分配制度,提高收入水平,进一步完善绩效工资制度和基层医疗卫生机构奖励激励机制,提高工作总量、工作质量等计提奖励措施在收入中的比重,进一步调动基层医务人员的工作积极性。新的薪酬制度维持社区全额拨款单位的性质不变,但实行差额管理的绩效工资制度,鼓励社区承接患者,加大绩效工资的刺激力度,体现“多劳多得,优绩优酬”,缓解了“收支两条线”导致的基层积极性不高问题。同时,厦门还提高了基层医疗卫生机构的门诊医疗费用总额控制指标,社保部门

^①2014年4月,厦门市启动政府机构新一轮改革,厦门市卫生计生委成立。

对基层医疗卫生机构采用“据实结算”办法。参保人员在基层医疗卫生机构就医发生的医疗费用,市社保中心每月按实际发生的95%与基层医疗卫生机构及时结算,剩余5%根据年度考核结果进行总结算。这种结算方式极大地提高了基层医疗卫生机构的积极性。至于大医院,则主要发挥好财政补助和绩效考核“指挥棒”的作用,取消对三级医院门诊工作量的定额补助,改为对急诊、手术和疑难杂症治疗的专项补助。同时上调三级医院诊察费的收费标准,提高急诊科、专家门诊诊察费。这些改革措施,让大医院回归对急危疑难重症进行诊疗的职能定位,不再追求普通门诊量,让慢性病患者下沉到基层医疗卫生机构。

二是突破基层用药限制。《实施方案》要求“市卫生计生委会同市人社局制定、调整厦门市基层医疗卫生机构用药目录。基层医疗卫生机构可根据业务发展情况,使用基本药物和一定比例的医保目录内其他药物,在二级以上医院推行使用一定比例的基本药物。”2015年,厦门市调整了基层医疗卫生机构使用国家基本药品目录和基本医保药物目录,增加了慢性病、常见病药品,平均超过400种,使社区慢性病用药与三级医院基本一致,解决了很多慢性病患者无法就近取药的问题。大医院只能开一周的药量,而基层的慢性病如糖尿病、高血压的药量可延长至4到8周。突破基层用药限制这一“紧箍咒”,是分级诊疗能够顺利推行的关键性环节之一,“基药政策”问题解决了,可以有效破解患者“不乐意”到基层就医的僵局。

三是实行医疗绩效管理。为了让“三师共管”成功运行,厦门市卫计委还制定了《慢性病分级诊疗绩效管理试行办法》,确立了绩效导向的管理模式。根据该办法,主管部门将按有效签约人数,给社区卫生服务中心每人每年600元的签约服务经费补助,其中20%由社区服务中心用于开展“三师共管”签约费用服务相关工作经费,80%由社区卫生服务中心用于“三师”的激励补贴,健康管理师、全科医生和专科医生按3:3:2的比例进行分配。

另外,在医保方面,厦门市调整了医保报销比例,实行社区医院差别化报销比例,以更高报销比例以及诊疗补助引导患者到基层就诊。其中在三级医

疗门诊就诊个人自付比例为30%,在基层就诊个人只需自付7%。通过多部门的协调合作,厦门市充分发挥财政、医保、物价、医药等综合政策杠杆引导作用,切实解决“医院放不下、基层接不住、患者不乐意”三大现实问题。

三、厦门医改3.0版本(2016—)

(一)改革动因

厦门医改2.0版从慢病(主要是高血压病、糖尿病)入手,建立“三师共管”分工协作体系并辅以相应配套措施,使分级诊疗改革取得了里程碑式的突破。为了进一步满足厦门市群众的医疗需求,为更多群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务,2016年厦门市卫计委又启动了厦门医改3.0版,这一版本的改革重点在于将分级诊疗进一步普及化,也就是覆盖健康人群,逐步探索建立“家庭医生”制度。

(二)扩增病种与扩大覆盖群体

厦门这次医改的重点是将分级诊疗范围进一步拓展至其他的常见病、慢性病和多发病。2016年6月起,厦门首批选取了冠心病、肺癌、结核病、慢性胃肠病等9个病种作为分级诊疗扩增病种,并就此9个病种在厦门市心血管病医院、厦门大学附属第一医院、厦门大学附属中山医院等9个医院拟设专病防治中心。专病防治中心负责主导该病种的相应分级诊疗工作,将得到市卫计委的经费支持和部分针对性政策优惠。而拟设医院需进行3个月的社区机构试点运行,以最终考核评审结果决定是否能够被正式授予专病中心资格。

医改3.0版力求将厦门健康管理及疾病诊疗的签约服务从患者延伸至高危人群,再从高危人群延伸至健康人群,重点在签约服务的方式、内容、收付费、考核、激励机制等方面实现突破。目前,全市6个区38家基层医疗卫生机构开展了“三师共管”家庭医生制度,签约服务向慢性病患者及高危家人、65岁以上的老年人、孕产妇、儿童等社区重点人群拓展,并逐步扩大到其他人群。2016年9月5日,家庭医生签约信息管理系统上线,标志着厦门市“家庭医生时代”的到来,基层健康“守门人”制度初步确立。截至10月11日,共有23.97万人签约,覆盖率11.4%,到2016年底,全市签约服务户籍人群覆盖率达15%以上,重点人群签约服务覆盖率达30%以上,预计到2020年,签

约服务将扩大到全部人群,形成长期稳定的契约服务关系。推动家庭医生签约服务,有利于对慢病进行早期预防、健康教育和干预,为签约家庭提供个性化、精细化服务。

(三)“1+1+N”模式

为了将“三师共管”模式应用于普通家庭,将健康人群也纳入到分级诊疗体系中,厦门市卫计委再次进行相应创新,提出了“1+1+N”模式,这是2.0版中“三师共管”的升级版。“1+1+N”模式指签约团队由一个全科医生、一个健康管理师和N个不同学科的专科医生组成,而N的设定是由于这一模式面对的是包括健康人群在内的群体,专科医生无法提前确定。市民通过签约,可以得到全科医生和健康管理师的日常针对性诊疗和照护,同时在出现急危重症病症时,可以由全科医生更高效地对接转诊到相应的专科医生那里进行诊治。目前,厦门市已制定多系统、十大类核心病种为主的基层病种目录,明确临床路径和转诊标准,使基层诊疗工作质量可控、安全规范。

按照健康人群、高危人群、患病人群和疾病恢复期人群,“1+1+N”医疗服务团队对签约居民进行分类管理,并纳入家庭医生信息管理系统。同时,对不同人群提供有针对性的、防治结合、持续有效的健康管理服务:对健康人群,会定期开展健康教育,控制健康危险因素;对高危人群则通过健康筛查等方式推进疾病早发现、早诊断、早治疗;对患病人群,以签约对象为重点,开展有针对性的疾病管理服务;对疾病恢复期和残疾人群,开展有计划的康复训练指导和必要的医疗护理。

随着改革的进一步推进,还将引进信息通信技术以及互联网平台,完成与多地多位专科医生的对接,来自各地N个专科医生组成的专家会诊将在“互联网+”环境下得以实现,为患者提供更为准确更为及时的治疗。这种“1+1+N”新模式的推行,有利于推进市民的“医养结合”以及“医防结合”,对市民的健康管理有重要意义,同时又充分发挥了基层医疗卫生服务机构的作用,将大医院人力物力资源从日常普通门诊中解放出来,使其能够实现精细化、专业化的转型,有利于更好地建立各级医疗机构职级适配、职价相当的分级诊疗体系。

四、厦门分级诊疗改革的供求分析

(一)制度变革的需求

厦门市分级诊疗改革的动因来自于社会群众对一个完善医疗服务体制制度的需求,这种需求的产生和变动与现实厦门要素禀赋改变以及技术变革相关。

1. 相对资源禀赋改变

一方面,如图1所示,近年来厦门市常住人口数稳步增长。

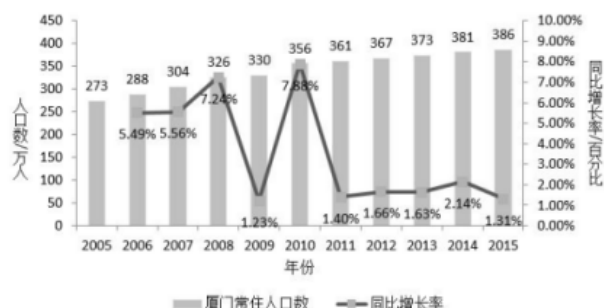


图1 2005—2015年厦门常住人口数

数据来源:《厦门经济特区统计年鉴2015》《厦门市2015年1%人口抽样调查主要数据公报》。

至2015年,厦门常住人口数已达到386万,与2005年相比,净增加了113万。另一方面,随着厦漳泉同城化不断推进,厦门成为区域性医疗卫生中心,泉州、漳州以及闽西的龙岩等地的急危重症患者纷纷选择到厦就医。医疗服务外埠患者占比较高,据统计,三级综合性医院的接诊患者中,约20%为外埠患者,部分的专业如眼科、心内科、心外科、产科、消化内科等外埠患者占比高达60%~70%。因此,无论是市内居民还是外来就医患者,对厦门医疗卫生服务的需求都在与日俱增,从而导致卫生服务供不应求,卫生资源不足。

同时,卫生资源分布不均成为厦门面临的另一突出问题。一方面,大部分医疗资源集中于岛内,岛外医疗资源匮乏;另一方面,在分级诊疗改革之前的制度安排下,大医院聚集了大部分的高新医疗设备和优秀人才,社区卫生服务中心服务能力则非常薄弱,二者在服务体系、服务质量和群众需求上均存在较大差距。这种医疗资源与人口分布的不匹配进一步加剧了群众就医困难。另外,随着生活水平的不断提高,人们对安全、便捷、高效且价廉的医疗卫生服

务有了更迫切的需求,厦门市医疗卫生资源的供给相对来说较以往更显不足。

厦门市医疗资源禀赋的变化,直接导致了大医院“人满为患”的结果,这种状态显然不利于群众的便捷就医和医院的可持续发展。例如,2012年厦门市糖尿病、高血压病患者约有78.2万人,他们仅单纯开药就为三级医院贡献了30%的门诊量,而到大医院就诊的慢性病患者占到门诊量的80%以上。如果能把这部分患者分流到基层医疗卫生机构,就可以大大缓解各大医疗的门诊压力。在现有医疗条件下,如何以更好的制度安排来刺激医疗资源的增长和妥善分配,成为改善医疗服务以满足群众需求的关键,这就催生了分级诊疗改革的制度变迁需求。

2. 技术变革

信息化技术的发展使一个高效互通的医疗资源信息共享平台成为可能。早在2007年,厦门市就建立了区域卫生信息平台——厦门市民健康信息系统,各机构能直接该平台上调取患者相关数据,这使基层医疗卫生机构和大医院之间更有可能实现全面紧密的联系,是建立健全分级诊疗制度在技术方面的前提条件。例如分级诊疗中的转诊制度,在很大程度上离不开信息化系统的帮助。新技术刺激新需求,信息化技术的发展一方面激发了人们对便捷医疗卫生服务需求的产生,另一方面,也在一定程度上诱发医疗机构自身对更高效、更低成本的经营以及新收入流的追求,利用新技术完善医疗系统对群众和医院来说都有着潜在的获利机会,促使人们追求具有更高绩效的制度,于是产生了相应的制度变迁需求,分级诊疗制度可以说是在医疗方面对信息化技术所创造的经济机会的一种制度回应。

(二)制度变迁的供给

厦门的分级诊疗改革是地方政府主导的诱致性制度变迁,厦门市政府响应来自于微观主体的需求,成为制度变迁的供给方。在分级诊疗改革的制度变迁中,厦门市地方政府的供给侧改革是不容忽视且必不可少的,主要体现在以下四个方面:

1. 弥补因外部性引起的制度供给不足

由地方政府主导供给诱致性制度变迁,是在公共产品供给存在不足时,对微观主体主导的诱致性制度变迁的一种补充。显然,医改是一种公共产品的

供给,新的医疗制度一旦确定下来,每一个受这种制度安排约束的个人,不管是否承担了初期创新的成本、压力以及面临种种的困难,他都能得到同样的服务,因此搭便车问题就出现了。^{[2][394]}由于私人和社会在收益、费用之间存在分歧,微观主体主导的诱致性制度变迁无法实现社会医疗制度的最佳供给,此时地方政府的介入可以很好地弥补制度供给的不足。

2. 地方政府主导的变迁更接地气

与中央政府主导的诱致性制度变迁相比,地方政府提供的制度变迁能够更接地气。中国各地的资源禀赋千差万别,需要多级的分层调控,需要多层次的制度创新,不然,就会扼抑特色性制度潜能的发挥,地方市场的活力难以显现。^[3]而地方政府相较于中央政府更贴近地方,与地方居民的联系密切,对地方利益主体的利益需求更为了解,由地方政府主导的制度变迁有利于减少地区差异和信息不对称带来的损失,构建更具针对性和可行性的制度体系。厦门市是在中国医改的大背景下发起分级诊疗改革这一制度变迁活动的,与中央政府发布的医改政策相比更具厦门特色。厦门市卫计委在深入调研当地医疗卫生状况的基础上,有针对性地采取措施,充分发挥财政、物价、医保等综合政策杠杆作用,以引导和鼓励,而不是“一刀切”的行政命令方式,不断推动建立具有厦门特色的分级诊疗体系,这些在仅靠中央政府作用下是难以实现的,即使能实现,成本也可能是很高的。

3. 技术官僚积极创新,上层设计有的放矢

厦门市分级诊疗改革的制度方案来源于卫计委改革创新团队的积极探索与大胆实践。这个改革创新团队的主要成员,许多都是科班出身且奋战在医疗工作的第一线,主管领导也是医疗卫生领域的知名专家,这使他们对整个医疗体系的运行机制以及“痛点”所在了若指掌。从技术官僚(technocrat)的角度说,由于精通业务,他们本身在长期的临床工作中深刻了解慢性病在医防中存在的严重问题,意识到创新医疗制度的重要性。在西方政治哲学、社会学领域,官僚是一个中性词语,非贬义词。贝丽斯(Thomas A. Baylis)将技术官僚(technocrat)定义为具有自然科学或管理专业大学文凭者,凭其对于工业企业管理规划的专业,能够让政治缩减至技术层次

(matter of technique),而不依循政客的个人利益或不遵循未经训练的个人价值偏好。^[4]按照这样的定义,技术官僚就是国内所说的学者官员或专家官员。同时,由于他们对现有医疗模式有清晰的认识,于是在制度设计上能够抓住关键问题,在推动制度变革时尽量做到有的放矢,对症下药。尽管地方政府主导的诱致性制度变迁基于社会需求,具有较强针对性和可行性,但政府与群众的信息不对称使得制度设计仍可能存在偏差,而技术官僚的存在有效地弥补了这方面的不足。

4. 政府的柔性引导减少变迁阻力

厦门市政府在分级诊疗改革中的重要供给作用还体现在具体推行中通过政府力量从供给侧入手,柔性引导部分群体需求和习惯变化,从而激发人们对新制度的需求,增强社会的认同意识,更好地实现诱致性制度变迁,尽量减少变迁中的阻力,降低变迁成本,实现多方共赢。例如,针对患者不信任基层医疗卫生机构的现状,厦门市积极采取具有鲜明强基层特色的措施,以患者的实际需求为导向,从供给侧发力,先引导资源向基层医疗卫生机构流动,完善基层医疗卫生服务,以此引导慢性病患者自觉到基层医疗卫生机构就诊,进而逐渐改变群众就医习惯,降低了分级诊疗模式的推行阻力,最终达到满足群众医疗服务需求的目的。而一些地方在改革时强制基层首诊,进一步增加患者就医难度,反而不利于医改的推进。在公立医院改革方面,与大多数地方依靠行政力量强行推进改革不同,厦门市通过慢病分级诊疗推行创造新的医疗生态,从某种程度上倒逼公立医院改革,医院改革动力来源于自身发展需求,而不是外力强制。厦门市的这一作法在一定程度上体现了地方政府主导的诱致性制度变迁具有优越性,既利用政府权力加速了变迁进程以及保证变迁的持续进行,又始终注重社会需求基础,不因强制性推行引起群众反弹。

五、结 论

与中国改革开放的路径取向一样,中国医改也是采用局部试验的方式逐步推进的,2010年,厦门成为全国公立医院改革16个试点城市之一。无疑,就目前成效来看,作为试点城市的厦门在分级诊疗改革方面是一次成功的尝试,改革探索的经验可以为其

它具有同等资源禀赋条件的城市提供借鉴。

厦门市分级诊疗改革制度变迁之所以取得成功,我们认为主要有以下四点:

(一)得益于良好的创新环境

一方面,厦门市分级诊疗改革作为一场地方政府主导的诱致性制度变迁,地方政府在制度变迁中的主体地位得以实现与我国制度环境的变化有极大联系。改革开放以来,放权让利改革战略和分税制财政体制的实施使地方政府拥有更大的资源配置权力和制度创新空间,进而使其自发提供制度变迁具有了可行性。^[5]更进一步讲,经济特区是中国制度变迁的先行官,厦门市是首批对外开放的经济特区,她的血液里一开始就流淌着制度创新的基因。中央政府对厦门特区始终以“解放思想”“先行先试”的态度和以一定优惠政策鼓励其制度创新,因此,厦门市在中央的允许下具有较大的创新空间。

另一方面,改革开放以来,意识形态领域关于解放思想、实事求是等理念的提出和传播一定程度上消除了地方政府制度变迁的社会压力。同时,作为中国改革“试验田”和对外开放的“窗口”,厦门经济特区在长期的“先行先试”中形成了较强的创新意识,民众对制度创新的接受度和认可度都较高。针对现实问题,无论是新制度的设计还是推行,厦门市都有强烈的创新意识和动力。相对于其他城市而言,更深入人心的创新理念显然是厦门制度变迁的内在驱动力,可以说,厦门是一座因改革而生、因改革而兴的城市,它的发展离不开厦门市人民对创新的追求。

(二)得益于一支勇于创新的团队

作为“第一行动集团”,厦门市分组诊疗改革团队具有强烈的责任担当意识和坚持不懈的改革理念。郑功成认为,“理念优于制度,制度优于设计,若理念不够先进,不可能设计出合理的制度安排,没有合理的制度安排,再优良的技术方案也很难发挥作用”。^{[6][2]}厦门市有效的政府供给首先不能忽视理念的作用。

一方面,如果主导这场自上而下的变迁的政府团队缺乏积极创新、勇于担当的先进理念,没有为共同理想团结奋斗的深刻觉悟,那么合理可操作的新制度的设计和推行就无从谈起,这是改革成功的先决条件。另一方面,要进行合理有效的制度变迁还需

要一个明确到位的医改理念指导,埃德蒙·菲尔普斯(Edmund Phelps)指出:“我们还无法就制度的表现以及选择什么样的制度展开真正的讨论:哪些制度运行良好,哪些制度需要加以改革,同时又需要引入哪些新的制度?除非我们愿意并且能够具体指出(即便仅仅是为了进行讨论),我们究竟希望拥有一个什么样的经济。”据此,菲尔普斯提出“令人向往的经济”(desirable economy)的概念,认为经济政策的目标就是很好地帮助我们实现“令人向往的经济”。^[7]借用这个概念,我们认为医改政策的目标就是实现“令人向往的医疗”。在医疗服务领域,评判现有制度的优劣以及探讨改革的方向等都需要我们明确这一“令人向往的医疗”,在我们看来,“令人向往的医疗”关键在人的需求,要从群众需求角度出发。而以社会需求为导向、追求“令人向往的医疗”正是厦门市医改中所坚持的理念。

(三)得益于社会需求的推动

通过上文对厦门市分级诊疗改革中制度变迁的需求分析,我们不难看出这场变迁具有强劲的社会需求。由相对要素禀赋变化和技术变革引发的制度变迁需求达到了一定的迫切程度,要实现厦门成为区域医疗中心的角色定位,急需一种新的制度安排来缓解当前的医疗资源不足和医疗资源分配不均问题,这就有必要进行制度创新。厦门市卫计委主导发起的制度变迁顺应了这种强劲的需求,具有广泛的社会基础,制度变革面临较小的内生性矛盾。

(四)得益于有效的供给侧改革

首先,厦门市分级诊疗改革十分重视制度建设,在实践中不断摸索经验,力求设计出合理的制度安排。具体来说,主要体现在以下三个方面:第一,厦门市在分级诊疗方面的制度创新经历了三个版本的演变,是一场渐进性制度变迁。在制度还未成熟的情况下,根据现实反馈不断调整制度安排,灵活变通,而非追求一劳永逸,制度不断完善的过程,也使制度的推进更加顺利。第二,在具体制度设计中,厦门市构建了“慢病先行、急慢分治、上下联动、三师共管”的分级诊疗制度,通过选择易于操作和实施的突破口,从慢病入手,减少了制度推行的阻碍。同时,厦门市还成功地抓住了制度“靶心”,以“激励”来激发医务人员的改革动力,围绕“满意度”来衡量患者以及社

区居民的认可度。两方面的把握使制度的设计更科学有效,改革更贴近实际,因应现实需求。

其次,具体机制和政策从属于制度,是制度的具体化,合理的制度要发挥功效还需要靠机制、政策的配合。对厦门分级诊疗改革的制度变迁供给分析中可以发现,厦门市改革能够成功还因为在具体机制和政策方面具有两大重要因素——来自于地方技术官僚的上层设计和时刻注重多方共赢的柔性引导,这使改革方案更深入人心,更具有可操作性。

参考文献:

- [1] Schultz, T.W. Distortions of Agricultural Incentives [M].Bloomington: Indiana University Press,1978: 114.
- [2] 林毅夫.关于制度变迁的经济学理论:诱致性变迁与强制性变迁[M]//纳德·科斯,等.财产权利与制度变迁.上海:格致出版社,2014.
- [3] 陈天祥.产权、制度化和范式选择:对中国地方政府制度创新路向的分析[J].中山大学学报(社会科学版),2003(1):91-97.
- [4] Baylis, T.A. The Technical Intelligentsia and the Elite German Elite[M]. Berkeley: University of California Press,1974:2.
- [5] 赵保佑,李津燕.地方政府在区域经济发展中的制度创新作用[J].经济动态,2001(11):38-40.
- [6] 郑功成.中国社会保障发展报告2016[M].北京:人民出版社,2016.
- [7] Edmund Phelps. The Economic Performance of Nations: Prosperity Depends on Dynamism, Dynamism on Institutions[M]//Eytan Sheshinski, et al, (ed.).Entrepreneurship, Innovation, and the Growth Mechanism of Free Enterprise Economies.Princeton:Princeton University Press, 2007:342-356.

(责任编辑:王 华)